



POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

608 2025 128

608 2025 129

608 2025 165

608 2025 166

Arrêt du 27 mai 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : David Jodry

Parties

A. _____, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité – méthode mixte; empêchements dans la partie
ménagère

Recours du 4 septembre 2025 (608 2025 128) contre les décisions du
24 juillet 2025 et requête d'assistance judiciaire du même jour
(608 2025 129)

Recours du 29 septembre 2025 (608 2025 165) contre les décisions
du 24 septembre 2025 et requête d'assistance judiciaire du même jour
(608 2025 166)

considérant en fait

A. A. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante) est née en 1981; séparée, elle est la mère de deux enfants mineurs, nés respectivement en 2014 et 2016, dont la garde est confiée à leur père. Elle est au bénéfice d'un CFC en vente obtenu en 2003. Elle a ultimement travaillé en qualité de secrétaire médicale auprès de son beau-père, de 2005 à 2012.

Elle est au bénéfice d'une curatelle de représentation et de gestion du patrimoine, au sens des art. 394 al. 1 et 395 al. 1 et 3 CC, et de coopération, au sens de l'art. 396 CC.

B. Le 23 septembre 2022, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), pour des troubles bipolaires et borderline existant depuis l'entrée dans l'âge adulte entraînant une incapacité totale de travail.

Le 5 juin 2025, l'assurée a demandé une allocation pour impotent auprès de l'OAI.

Par décision du 24 juillet 2025, faisant suite au projet du 14 mai de la même année, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100%, que l'exercice d'une activité lucrative sur le marché primaire de l'emploi n'était pas exigible, et que seule une activité adaptée sur le marché secondaire de l'emploi était possible. Faisant application de la méthode mixte avec une répartition de 50% pour la partie lucrative et 50% pour celle ménagère, il est parvenu au taux d'invalidité global de 67% d'une rente entière, ce dès le 1^{er} août 2025; il était précisé que de nouvelles décisions seraient rendues ultérieurement pour la période passée. Par décisions du même jour, une rente pour chaque enfant a été allouée.

C. Contre ces décisions, l'assurée recourt (608 2025 128) auprès du Tribunal cantonal, le 4 septembre 2025, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière (degré d'invalidité de 100%) non limitée dans le temps depuis le 1^{er} avril 2023, et, partant, à celui d'une rente complémentaire pour chaque enfant d'un montant supérieur à CHF 470.- depuis la même date. Subsidiairement, elle conclut au renvoi pour complément d'instruction dans le sens des considérants, en particulier nouveau calcul du taux d'invalidité et du montant des rentes, et pour nouvelles décisions. Elle remet en cause la méthode de calcul retenue par l'OAI (méthode mixte). Elle soutient qu'elle aurait un statut d'actif à 100% ou à tout le moins de 80%; en santé, elle n'aurait pas travaillé à 50%, taux qu'elle avait indiqué initialement, mais au minimum à 80%. Il eût fallu appliquer la méthode générale de comparaison des revenus, non celle mixte, et lui reconnaître ainsi le droit à une rente entière (taux d'invalidité de 100%). Si par extraordinaire la méthode mixte devait être confirmée, il faudrait tenir compte d'une partie active de 80% et d'une ménagère de 20%; en outre, le taux d'invalidité pour la partie ménagère est sensiblement plus élevé que 34.1%, de sorte qu'une nouvelle enquête ménagère devrait être mise en œuvre. S'agissant des enfants, l'OAI, au vu de ce qui précède, aurait dû servir une rente d'un montant supérieur à ce qu'il a octroyé.

La recourante dépose par le même acte une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2025 129).

Dans ses observations du 22 septembre 2025, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées. Il relève que, selon l'expert-psychiatre, l'atteinte induit une incapacité de travail totale dans l'activité lucrative habituelle, depuis janvier 2018. Il convient que l'évolution de la situation familiale de l'assurée, en particulier la rupture du rapport matrimonial et l'entrée en âge

scolaire de ses deux enfants, lui aurait permis d'augmenter son taux d'activité à terme, sans atteinte à la santé. Il relève toutefois qu'elle a spontanément déclaré, dans ses premières déclarations, que le jeune âge de ses enfants détermine le taux auquel elle travaillerait en bonne santé. En outre, elle n'a jamais travaillé à un taux supérieur à 80%. Elle a certes dit qu'elle augmenterait un peu son taux d'activité, mais sans précision quant au taux en question et en conditionnant cette augmentation à la bonne marche de son entreprise, laquelle est actuellement à l'arrêt. Dès lors qu'elle a en particulier déclaré vouloir se consacrer à ses enfants durant la période de scolarité obligatoire, il est légitime de considérer que, selon toute vraisemblance, dans une projection de vie sans atteinte à la santé, elle aurait repris une activité lucrative au taux de 80%, à savoir le taux qu'elle pratiquait antérieurement, une fois que l'enfant cadet aurait terminé l'école obligatoire, ce qui surviendra au plus tôt à l'âge de 15 ans, en 2031, voire au moment où celui-ci aurait débuté le degré secondaire dès l'âge de 12 ans, soit en l'occurrence au plus tôt en 2027.

D. Par trois décisions du 24 septembre 2025, l'OAI a déterminé le rétroactif des rentes pour l'assurée et ses enfants, pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 juillet 2025, pour un taux d'invalidité de 67%.

L'assurée recourt (608 2025 165), le 29 septembre 2025, contre ces dernières décisions auprès du Tribunal cantonal, reprenant la motivation et les conclusions du premier recours. Par le même acte, elle dépose une requête d'AJT (608 2025 166).

Dans une détermination complémentaire du 30 septembre 2025, la recourante maintient ses conclusions. Elle se réfère notamment à la convention de séparation d'avec son époux, dans laquelle il est prévu que le droit de garde sur les enfants est attribué à leur père, qu'elle cherche activement une activité dans la vente au taux de 70-80% et que sa contribution d'entretien depuis le 1^{er} avril 2022 s'élève à CHF 250.-.

L'OAI, le 15 octobre 2025, propose le rejet du recours. Selon lui, notamment, les éléments en lien avec la convention de séparation susmentionnés ne suffisent pas à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée aurait effectivement exercé une telle activité à 70-80% durant la période considérée. En effet, cette clause traduit une obligation de moyens, et non un engagement concret sur un taux d'activité déterminé. En l'absence d'indices matériels tels que des démarches actives de recherches d'emploi, des offres concrètes ou une évolution professionnelle antérieure démontrant une activité à un taux supérieur, cette stipulation ne permet pas de retenir un taux d'activité hypothétique plus élevé. En outre, la répartition des rôles parentaux prévue dans la convention de séparation – attribuant la garde principale des enfants au père – corrobore l'idée qu'en bonne santé, l'assurée aurait maintenu une présence familiale importante, compatible avec une activité à 50%.

Le 24 octobre 2025, les causes susmentionnées ont été jointes.

Le 8 janvier 2026, la recourante se réfère à de nouvelles pièces produites par l'OAI, dont un projet de décision, du 17 décembre 2025, d'octroi d'une allocation pour impotent. En outre, un plan d'adaptation de l'office montrerait qu'elle est corsetée par de multiples limitations fonctionnelles.

L'OAI ne s'est pas prononcé sur cet écrit.

Le 27 février 2026, l'assureur LPP, appelé en cause, indique renoncer à se déterminer.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties.

Il sera fait état des arguments, invoquées par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjetés en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée, dûment représentée, directement touchée par les décisions attaquées, les recours sont recevables.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). On conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

2.3. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

2.4. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation.

2.5. L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne

saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

2.6. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteint si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

2.7. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la *méthode ordinaire*, la *méthode mixte*, la *méthode spécifique*, et la *méthode extraordinaire*. Seules les deux premières citées sont susceptibles d'entrer en ligne de compte dans ce dossier.

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il ne faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGa, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été

exigible de la part de l'assuré, mais chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 144 I 28 consid. 2.3; 141 V 15 consid. 3.1 et les références citées). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence citée). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées).

2.7.1. La méthode ordinaire, soit celle pour l'assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps sans être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, se fait par comparaison des revenus (cf. art. 28a al. 1 LAI). Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, dans une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG), avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365, 1985 p. 469), comparaison effectuée, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222; 128 V 174 et les références citées).

2.7.2. La méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité. Il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels (ménage) par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus. On pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités.

L'art. 27^{bis} al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prévoit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPG, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien

avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

2.7.3. L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Tel peut être le cas, notamment, lorsqu'il s'agit d'un assuré qui s'occupe du ménage (cf. Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 1058). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité d'un assuré n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts TF I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2; I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1; I 155/04 du 26 juillet 2004 consid. 3.2; I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, une visite domiciliaire est en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé physique. Sa valeur probante se mesure par analogie aux critères appliqués aux expertises médicales. Il est notamment essentiel que le rapport ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes. Exceptionnellement, en cas de doute sur la crédibilité des indications de l'assuré ou lorsque celles-ci ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il sera nécessaire de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (ATF 128 V 93 consid. 4).

En présence de troubles psychiques et en cas de divergence entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2).

Une limitation de la capacité de travail retenue pour la capacité de gain ne peut pas être simplement, sans autre, reprise pour les travaux habituels. Il existe des exigences fondamentalement différentes dans l'environnement domestique et celui professionnel. La limitation généralement plus basse pour le ménage s'explique en grande partie par le fait que l'assuré dispose de plus de temps et de flexibilité organisationnelle que dans l'activité lucrative (cf. ATF 147 V 124 consid. 6.2).

De jurisprudence constante, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (cf. ATF 133 V 504 consid. 4.2). En d'autres termes, l'assuré a un devoir de réduire son dommage en faisant tout ce que l'on peut attendre de lui afin d'améliorer sa capacité de travail et de réduire les effets de l'atteinte à la santé, en particulier en se procurant, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés; si l'atteinte a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, il peut être exigé qu'elle répartisse mieux son travail (aménager des pauses, repousser les travaux peu urgents). De même, le principe de réduire son dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2) se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille; il faut se demander pour chaque empêchement constaté si un proche pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (arrêt TF 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3; ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités).

3.

Est litigieux, en l'espèce, le recours par l'OAI à la méthode mixte.

3.1. La recourante soutient que lorsqu'ont été rendues les décisions attaquées, en 2025, sa situation s'était modifiée par rapport à celle prévalant lorsque sont intervenues ses déclarations de 2022 (cf. *infra*): ses enfants sont désormais sensiblement plus grands et indépendants (8 ans et 11 ans); elle a donc moins besoin de s'en occuper que par le passé; sans atteinte à la santé, elle aurait pu consacrer ainsi plus de temps à son activité professionnelle, gagnant davantage de sorte à faire face à ses difficultés financières et de combler les contributions d'entretien insuffisantes de son époux. Elle ajoute que si elle est restée mère au foyer à la naissance de ses enfants, cela l'avait été par décision du couple selon laquelle seul l'époux réaliserait un revenu; avec le temps, si elle faisait décoller son entreprise, elle pourrait augmenter son taux d'activité. En outre, cette décision du couple précédait leur séparation, du 5 octobre 2021; depuis lors, elle n'aurait plus pu se reposer financièrement sur son mari et aurait été contrainte de reprendre un emploi si son état le lui avait permis, au vu notamment des modestes contributions d'entretien prévues. Enfin, relativement jeune (43 ans), se décrivant comme talentueuse, dynamique, et ambitieuse sur le plan professionnel, elle relève avoir par le passé travaillé à 80%. C'est à ce taux également qu'elle s'est inscrite au chômage ensuite (2012-2014), avant de devenir mère au foyer. Tous ces éléments plaident, selon elle, dans le sens d'un statut actif à 100% ou à tout le moins de 80%; en d'autres termes, en santé, elle n'aurait probablement pas travaillé à 50% mais à un taux d'au minimum 80%. Dans ses contre-observations du 30 septembre 2025, elle maintient cette position, se référant notamment à la convention de séparation passée avec son époux.

3.2. Selon la jurisprudence dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", s'appliquant de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. arrêts TF 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3; 8C_187/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a).

3.3. Dans le questionnaire du 21 novembre 2022 (cf. dos. OAI 28), l'assurée déclare que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait, dans la vente et l'événementiel, à 50%, ce à cause de ses enfants en bas âge – ils ont alors respectivement 6 et 8 ans. Elle dit avoir travaillé avant leur naissance à temps partiel à 80% dans la vente pour raison personnelles, parce qu'un 100%, c'était trop pour elle, à cause des horaires et des bas salaires; dans le domaine du secrétariat médical, elle a été active en fonction du médecin (80%). Lors du 1^{er} entretien gestionnaire, du 6 février 2023 (cf. dos. OAI 47), elle soutient que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50%, dans la vente, ce pour pouvoir s'occuper de ses enfants. A l'occasion de l'enquête économique sur le ménage, le 29 avril 2025 (ci-après: EEM; cf. dos. OAI 197 p. 12), elle relate ne pas arriver à imaginer sa vie sans problème de santé car elle a toujours souffert de troubles psychiatriques et c'est difficile pour elle de se projeter dans une vie "normale". Mais elle pense qu'elle travaillerait à 50%, pour être présente les jours de garde et pour pouvoir passer du temps avec ses enfants qui sont encore scolarisés. Toutefois, elle dit qu'avec le temps, si elle faisait décoller son entreprise, elle pourrait augmenter un peu son taux. Mais elle n'a jamais travaillé à 100% pour préserver sa santé et éviter le surmenage.

3.4. Avant la naissance des enfants, l'assurée a travaillé plusieurs fois à 80%, taux auquel elle s'était inscrite ensuite au chômage, jamais à 100%. Depuis leur venue, elle n'a, selon le choix des époux, plus exercé d'activité salariée, et il n'est pas allégué que celle indépendante qu'elle a entreprise lui ait jamais permis de réaliser un revenu.

Selon la convention de séparation passée entre les époux le 22 juillet 2021 – ainsi que son avenant du 8 septembre de la même année –, homologuée par décision de mesures protectrices de l'union conjugale du 5 octobre 2021, la garde des enfants est attribuée à leur père, lequel travaille en grande partie à son domicile et peut être présent pour eux; ils sont en outre gardés quelques heures par semaine chez une maman de jour. Il est prévu que sitôt que leur mère reprendra une activité professionnelle, son droit de visite, large lorsque fut établie cette convention – l'assurée venait plusieurs jours par semaine au domicile conjugal afin de passer du temps avec les enfants – s'exercera durant la semaine le mercredi et un soir par semaine selon ses possibilités. A partir de la séparation, l'époux, qui a un revenu mensuel net de CHF 6'300.-, part au 13^{ème} salaire et bonus variable inclus, lui versera CHF 500.- de contribution d'entretien par mois. Dès que l'assurée aura retrouvé une activité lucrative (activité salariée et indépendante comprises) lui procurant un revenu minimum de CHF 2'900.- par mois, la pension sera supprimée. Si au 31 mars 2022, elle n'a pas encore trouvé une telle activité, la pension sera diminuée à CHF 250.- par mois, étant précisé qu'elle cherche, toujours selon la convention, activement une activité professionnelle à 70-80% dans la vente. A l'expert-psychiatre (cf. expertise, p. 19), elle dit exercer son droit de visite sur les deux enfants notamment le mercredi ainsi que le jeudi à partir de midi, et d'avoir en sus le cadet le jeudi matin.

C'est à trois reprises, postérieurement à la convention de séparation, la dernière fois quelques mois avant que ne soient rendues les décisions attaquées, que l'assurée a déclaré que sans atteinte à la

santé, elle travaillerait à 50%. Elle a lié ce taux à, respectivement, l'âge de ses enfants et leur scolarité. Elle l'expliquait notamment par son souhait d'être présente pour les jours de "garde" et pour pouvoir passer du temps avec eux, qui sont encore scolarisés.

3.5. Il convient ici de déterminer le taux d'activité hypothétique de l'assurée sans atteinte à la santé. A cet égard, on rappellera qu'une incapacité de travail totale a été retenue par l'OAI. L'expert-psychiatre a reconnu son existence depuis janvier 2018 s'agissant de l'activité habituelle; la capacité était dite nulle actuellement également s'agissant de l'activité d'entrepreneuse.

La recourante soutient que si, en 2022, elle a déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50%, c'est eu égard à l'âge de ses enfants alors (6 et 8 ans). C'est oublier que lors de l'EEM, le 29 avril 2025, elle a répété – rien ne permet de considérer que ses propos n'ont pas été correctement rapportés – qu'elle travaillerait à 50%, pour être présente les jours de garde et pouvoir passer du temps avec ses enfants qui sont encore scolarisés. Le critère des enfants, qui demeurent peu âgés, et celui de leur scolarité apparaissent ainsi avoir été et être toujours déterminants. Un poids accru doit être donné à ces déclarations claires et uniformes réitérées à trois reprises, à des moments différents. Il est souligné que ce n'est que dans le cadre du recours que l'assurée a soutenu quelque chose d'autre.

N'y change rien le fait que l'assurée ait travaillé par le passé à 80% et se soit annoncée à ce taux à l'assurance-chômage en 2012-2014: cela est antérieur à la naissance des enfants et à la volonté du couple qu'elle soit mère au foyer et n'exerce plus d'activité lucrative.

La passation de la convention d'entretien est postérieure de quelques années au début de l'incapacité de travail de l'assurée due à l'atteinte à la santé, en janvier 2018. Certes, l'assurée s'y engageait à chercher une activité à 70-80% dans la vente, et vu son absence de revenus ainsi que le droit de garde sur les enfants confié à l'époux, le droit de visite en semaine et la faible contribution d'entretien prévus, ce taux n'était pas sans faire sens. Cela étant, pour la Cour, il est manifeste qu'il ne prenait pas en considération l'atteinte à la santé de l'assurée s'agissant de l'activité professionnelle. On relèvera en outre qu'elle ne mentionne aucune recherche d'emploi effective. En revanche, il est raisonnable de considérer que l'attribution de la garde sur les enfants tenait compte de cette atteinte; en témoigne aussi le recours à une maman de jour au lieu d'élargir le droit de visite de la mère. Il est hautement vraisemblable que, sans atteinte à la santé, la garde aurait été partagée. Compte tenu de cet élément ainsi que de l'âge des enfants (nés en 2014 et 2016) et de leur scolarité dans l'école primaire, les taux de 50% pour le ménage, 50% pour l'activité lucrative, déclarés par l'assurée avec constance doivent être retenus, qui auraient au reste correspondu à ce que prévu par la jurisprudence en la matière.

Il s'ensuit que le recours à la méthode mixte doit être confirmé par la Cour, à l'instar de la répartition des taux entre l'activité professionnelle et celle ménagère, de 50/50%.

4.

L'OAI a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100%, que l'exercice d'une activité lucrative sur le marché primaire de l'emploi n'était pas exigible, et que seule une activité adaptée sur le marché secondaire de l'emploi était possible. Ce taux de 100% n'est ni contesté ni contestable au vu du dossier, singulièrement du rapport d'expertise du 23 avril 2024 (cf. dos. OAI 140 ss) du Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui pose (cf. expertise, p. 26) les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, depuis janvier 2018, de personnalité

émotionnellement labile de type borderline (F60.31), ainsi que de trouble affectif bipolaire (F31), en rémission partielle; sans cette incidence, il retient un syndrome de dépendance aux dérivés du cannabis (F12.20), actuellement abstinente, et des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, consommation actuellement contrôlée (F10.2); il ajoute que les troubles présentés sont graves, du fait de la sévérité des décompensations.

5.

S'agissant de la part réservée aux tâches ménagères, la recourante remet en cause l'EEM, singulièrement les taux d'empêchement sans aide exigible de la famille. Elle estime (cf. recours, p. 14, ch. 2.7) qu'on ne peut "faire fond" sur le rapport d'EEM, qui se heurte à plusieurs pièces médicales (cf. recours, p. 6 s. ch. 9 et 11). Il est indéniable, selon elle, que le taux d'invalidité pour la partie ménagère est sensiblement plus élevé que les 34.1% retenus par l'évaluatrice. Une nouvelle EEM doit être mise en œuvre si la méthode mixte est confirmée. A titre exemplatif, elle fait grief à l'évaluatrice d'indiquer brièvement, sans aucune motivation à l'appui, qu'elle est autonome pour les actes ordinaires (cf. EEM, p. 27, ch. 7). Cette indication serait toutefois mise à mal par les observations et constats du psychiatre traitant, de l'infirmier psychiatrique et de l'ergothérapeute. En particulier, ces derniers estiment qu'elle a besoin d'une aide importante et régulière pour entretenir des contacts sociaux et se déplacer. Les trois intervenants précités s'accordent en outre sur le fait qu'elle est dans l'incapacité de vivre seule à domicile, sans une aide hebdomadaire de différents spécialistes de la santé (infirmier et ergothérapeute), des membres de sa famille et de son curateur. Il semble donc que l'enquêtrice ait considérablement minimisé son invalidité ménagère; elle ne peut rien réaliser sans une aide et une motivation extérieures.

Dans sa prise de position (dos. OAI 333) du 9 juillet 2025, l'évaluatrice de l'EEM note que les empêchements sur la partie ménagère lors de l'évaluation à domicile ont été généreusement appréciés. Elle indique qu'une baisse de rendement liée à une atteinte psychique ne devrait représenter que 25% (aucune limitation physique à la réalisation des tâches ménagères) alors qu'un empêchement à 50% a été retenu sur plusieurs postes.

5.1. Relativement au ménage (cf. expertise, p. 28), l'expert-psychiatre a retenu qu'actuellement, l'assurée ne rencontre pas de perte de fonctionnalité relativement à l'alimentation, ni pour les achats et les courses; la limitation est d'un niveau moyen pour l'entretien du logement ou de la maison, pour la lessive et l'entretien du linge, de même que pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille et que pour l'entretien du jardin et de l'extérieur ainsi que la garde des animaux domestiques. Les perturbations sont encore plus nettes et plus sévères lors des décompensations.

Dans ses réponses du 22 juillet 2025 à un questionnaire du mandataire (cf. dos. OAI 353), le Dr C._____, psychiatre traitant, relate que l'assurée, qu'il voit deux fois par mois, doit être stimulée pour garder une vie sociale, aidée pour gérer ses enfants ainsi que les tâches ménagères, faire ses courses et gérer ses affaires. Elle connaît des difficultés quotidiennes dans l'éducation et la prise en charge des enfants quand elle les garde, ce qui n'est possible que parce qu'elle habite à côté de leur père, qui intervient régulièrement alors qu'ils sont chez elle; il y a des difficultés aussi pour la tenue de l'appartement et dans la gestion de ses affaires, qui a d'ailleurs été confiée à un curateur. Elle doit être stimulée pour s'occuper de choses simples; à cet effet, on note le passage d'un ergothérapeute et d'un infirmier à domicile, pour aider aux tâches ménagères, à la réalisation des courses et à maintenir des contacts sociaux. Elle ne pourrait vivre seule à domicile sans l'aide de tierces personnes (ergothérapeute, infirmier, "ex-mari") ni s'occuper de ses enfants. Dans son

rapport d'évaluation de l'impotence, du 12 juin 2025 (dos. OAI 259), le praticien relate un état stationnaire depuis le 28 décembre 2022.

L'infirmier psychiatrique (cf. réponses du 28 juillet 2025, dos. OAI 369), qui voit l'assurée une fois par semaine, chez elle, chez son époux ou alors dans un café, et qui répond plusieurs fois hebdomadairement à ses demandes téléphoniques, indique que l'assurée a de fortes difficultés dans la gestion de son quotidien; en effet, elle ne se fait pas ou rarement à manger; quand ses enfants sont présents, elle leur prépare des plats déjà prêts. Elle a besoin d'être stimulée pour aller à ses rendez-vous, voir des amies, s'alimenter et d'être freinée en lien avec des achats compulsifs et des comportements impulsifs. Ses tâches ménagères sont faites après stimulation de sa part ou de celle de l'ergothérapeute; celles administratives, avec l'aide du curateur. Ses différents rendez-vous doivent souvent lui être rappelés. Elle ne pourrait vivre seule sans cet entourage de soins. La médication et les prises en charge pluridisciplinaires lui permettent le maintien d'une certaine autonomie, mais cela reste fragile. Il n'y a eu aucune hospitalisation depuis deux ans.

Selon l'ergothérapeute (cf. rapport du 8 août 2025, dos. OAI 371), qui se rend chez elle ou la voit "dans la communauté" une fois chaque deux semaines, l'assurée est souvent limitée par ses difficultés de compréhension, de concentration, de réflexion et d'analyse. Une stimulation externe et une surveillance est nécessaire pour qu'elle réalise ses tâches ménagères, par exemple s'agissant des déchets. Elle n'est pas en mesure de s'occuper de ses enfants plusieurs jours d'affilée sans soutien externe. La gestion de leur éducation est très difficile pour elle, qui doit souvent faire appel à son mari qui habite juste à côté de son appartement et qui a mis sur pied un agenda partagé. Sans l'aide de ce dernier, elle ne serait pas en mesure de gérer l'emploi du temps de ses enfants et pourrait repousser ou oublier des éléments importants pour leur développement ou leur santé. Lui-même intervient principalement pour le maintien des acquis et éviter une dégradation de la situation; il l'aide à identifier les tâches qu'elle doit effectuer dans son quotidien, les prioriser, les organiser et les terminer. Elle a principalement besoin de soutien pour initier ses tâches ménagères, ranger, trier et organiser ses affaires, comprendre les démarches administratives ainsi que gérer son budget. Il la soutient également dans le développement de ses capacités à gérer l'éducation de ses enfants et sa relation avec eux. Elle a besoin d'une aide presque complète pour l'administratif et n'en gère qu'une très légère partie qui concerne des tâches très simples comme relever son courrier et le transmettre à son curateur. Sans aide de tiers, elle ne pourrait vivre seule à domicile. Le risque pour sa santé serait important. Elle pourrait repousser ses tâches ménagères et négliger son lieu de vie ainsi qu'accumuler beaucoup d'affaires. Il est probable qu'elle ne s'alimenterait pas correctement.

5.2. La Cour relève que la remise en cause de l'EEM par la recourante est très générale. On ignore notamment, s'agissant des tâches ménagères, quels propos rapportés par l'évaluatrice, quels constats de celle-ci, etc., seraient remis en cause, pourquoi, et quelle appréciation il conviendrait de leur substituer. En particulier, la recourante ne se prononce pas précisément sur les taux d'empêchement sans aide exigible de la famille qu'a retenus l'évaluatrice dans son tableau de proposition relative au taux d'invalidité des personnes s'occupant d'un ménage (cf. EEM, p. 28).

S'agissant de l'exemple pris dans le recours (cf. *supra*), il est sans portée ici: comme le spécifie l'évaluatrice, la discussion avec l'assurée sur l'autonomie pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller/se déshabiller, se lever/s'asseoir/se coucher, etc.) et l'appréciation selon laquelle elle serait autonome à cet égard, a trait spécifiquement à la question du droit à l'allocation pour impotent ("API"; cf. EEM, p. 27), non avec l'évaluation – détaillée – des empêchements pour chacun des six domaines (alimentation, entretien de l'appartement ou de la maison, etc.) des activités ménagères.

A cet égard, les pièces médicales du psychiatre traitant et les autres provenant de l'ergothérapeute et de l'infirmier psychiatrique de l'assurée ne sont pas déterminantes autant qu'elles se rapportent à la question de l'impotence, singulièrement aux actes ordinaires de la vie y relatifs et au besoin d'accompagnement, y compris pour établir des contacts sociaux.

C'est le lieu de rappeler que la détermination du degré d'invalidité d'une personne assurée exerçant des activités ménagères repose, pour la part dite ménagère, sur une EEM, laquelle vise à apprécier dans quelle mesure l'atteinte à la santé limite l'assuré dans l'accomplissement des travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI en relation avec l'art. 27 RAI. Cette enquête a pour objet de comparer les activités effectivement exigibles avant et après la survenance de l'atteinte à la santé, en tenant compte des capacités résiduelles de l'assuré et de l'organisation concrète du ménage. En revanche, l'allocation pour impotent, régie par les art. 42 LAI et 37 RAI, poursuit un but distinct. Elle vise notamment à compenser le besoin durable d'aide d'autrui pour les actes ordinaires de la vie. L'évaluation de l'impotence se concentre ainsi sur la dépendance fonctionnelle de l'assuré dans des actes particuliers, tels que se lever, s'habiller, manger, faire sa toilette ou se déplacer, l'accompagnement nécessaire, etc., et non sur la capacité d'organiser ou d'exécuter des tâches ménagères au sens large.

Il s'ensuit que les deux évaluations n'ont ni le même objet ni ne sont le fruit des mêmes critères d'appréciation. Alors que l'EEM sert à mesurer l'incidence de l'atteinte à la santé sur la capacité de fournir une contribution ménagère exigible, l'examen du droit à une allocation pour impotent porte notamment sur l'existence d'un besoin d'aide personnelle régulier notamment dans les actes ordinaires de la vie. Le fait qu'une personne présente une impotence ne permet donc pas, à lui seul, de conclure à une limitation notable dans l'exécution de certaines tâches ménagères, et vice versa.

Qu'un projet de décision, du 17 décembre 2025, ait prévu l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible à domicile, au vu d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures par semaine sur une période de 3 mois, n'est ainsi pas déterminant, s'agissant de l'accomplissement en soi des tâches ménagères quand bien même il aurait certaine incidence sur celui-ci.

Le plan de réadaptation, pour un mandat débuté le 19 octobre 2023 et clos le 11 janvier 2024 (cf. dos. OAI 401), est sans pertinence. Il a trait aux seules mesures de réadaptation, relativement à l'activité professionnelle, et ne saurait faire pièce à l'EEM. La remarque (cf. ch. 3.3) qu'il n'existe aucun potentiel de réinsertion, que l'assurée n'a aucune motivation, n'arrive pas à se lever, est incapable de s'organiser, rencontre des difficultés de concentration, notamment, n'est en particulier pas propre à déterminer l'exigibilité des tâches ménagères.

5.3. S'agissant des empêchements sans aide exigible de la famille tels que détaillés et retenus dans l'EEM, ceci:

L'invalidité dans la part ménagère doit être déterminée en examinant concrètement les empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches habituelles; des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé ne doivent en principe pas être pris en considération. Les limitations fonctionnelles doivent être appréciées en fonction des capacités résiduelles dans des conditions ordinaires.

A titre liminaire, la Cour observe qu'il n'y a pas d'atteinte aux capacités physiques de l'assurée dont il y aurait lieu de tenir compte. On ajoutera l'amélioration qui a dû intervenir relativement à la

fatigabilité du fait de la cessation de la prise de Quétiapine à hautes doses et que c'est un état stabilisé depuis décembre 2022, selon le psychiatre traitant, qu'a apprécié l'expert-psychiatre. Il est en outre notamment attendu de l'assurée qu'elle fractionne au besoin l'exécution de ses différentes tâches ménagères.

Pour soutenir que l'empêchement total retenu par l'évaluatrice pour les six tâches serait en réalité plus important, la recourante invoque l'aide de tiers (infirmier, ergothérapeute, mari dont elle est séparée, curateur), notamment en matière de stimulation. Il sied à cet égard de relever que tout ce qui relève d'une éventuelle allocation pour impotent, notamment de l'accompagnement apporté, de l'aide pour l'acte ordinaire de la vie d'entretien des contacts sociaux ainsi que de la possibilité ou non de vivre à domicile, n'est pas pertinent ici, dès lors qu'il s'agit de délimiter les empêchements fonctionnels concrets dans l'accomplissement des tâches ménagères. De plus, on soulignera que l'aide apportée alléguée, est ponctuelle, non quotidienne; il faut bien dès lors en déduire que l'assurée est capable d'exécuter chaque jour certaines tâches ménagères, pour partie à tout le moins, selon ce qui peut être exigé d'elle eu égard à ses limitations fonctionnelles. En outre, on relèvera que l'évaluatrice n'a pas tenu compte d'une diminution des empêchements du fait de l'aide exigible de proches ou de tiers.

La peine à se stimuler et le travail d'aide y relatif, y compris professionnel, sont mis en avant par la recourante et différents intervenants (cf. *supra*). L'enquêtrice n'a pas ignoré cette difficulté que lui a rapportée plusieurs fois l'assurée. Cela étant, elle a fait la part des choses et ne l'a pas retenue comme constituant, par exemple, un empêchement entraînant l'inexigibilité de l'élaboration des repas, l'absence de capacité de les préparer, étant précisé que la plus grande simplicité apportée dans celle-ci n'est pas déterminante ici, pas davantage que ne l'est le fait qu'elle ne se nourrirait que peu sans accompagnement (cf. not. Circulaire de l'OFAS sur l'impotence [CSI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, dans son état au 1^{er} janvier 2025, ch. 2086), ou qu'elle trouve compliqué, difficile et stressant – mais pas impossible – de prévoir 3 repas par jour lorsque ses enfants sont là.

5.4. Dans le détail (cf. EEM, p. 15 ss et 28), il peut être dit ce qui suit des différentes tâches ménagères prise en considération:

- Alimentation: l'enquêtrice/évaluatrice retient un taux de 8% d'empêchement total (0% pour préparer et cuire les aliments, ainsi que faire des provisions; 0% pour mettre la table, servir le repas, débarrasser la table, et 7.5% [empêchement faible de 25%] pour nettoyer la cuisine au quotidien). Outre ce que dit plus haut, on relèvera, s'agissant de l'entretien de la cuisine, que la planification des actions est problématique dans le sens où l'assurée a beaucoup de peine à se stimuler et se mettre en activité. Toutefois, elle est en mesure de contrôler et de veiller à l'hygiène et la propreté de la cuisine. Elle peut ranger et laver le matériel et l'espace de cuisine de façon sécurisée et logique.

Les déclarations de l'assurée et les constats opérés ne justifient pas de remettre en cause les taux susmentionnés. L'évaluation se rapproche au reste de celle de l'expert-psychiatre (cf. *supra*, expertise, p. 28; ég. le déroulement d'une journée-type, p. 20), qui considérerait qu'il n'y avait pas actuellement de perte de fonctionnalité en la matière. Les avis rapportés par divers intervenants, singulièrement le psychiatre traitant, n'apportent pas de motif objectif de s'en distancier.

- Entretien de l'appartement: l'empêchement total s'élève à 43% selon l'évaluatrice. Il est faible (25%) pour ce qui est des travaux légers, modéré (50%) pour ceux lourds, saisonniers ou périodiques et pour l'élimination des déchets.

Cette évaluation ne contredit pas celle de l'expert-psychiatre (cf. *supra*, expertise p. 28); les appréciations des différents intervenants n'apportent pas de motifs de s'en écarter; on relèvera, par exemple, qu'il a été tenu compte d'une certaine difficulté en relation avec la gestion des déchets.

- Achats, courses diverses, administratif: aucun empêchement n'est retenu pour les achats – à l'instar de ce qu'avait considéré l'expert-psychiatre. Pour ce qui est de la poste, de la banque, et des démarches officielles, l'enquêtrice tient compte d'un empêchement élevé (75%). L'empêchement total s'élève à 8%.

L'assurée dispose d'une voiture et s'en sert notamment pour faire des achats à l'étranger (cf. l'expertise psychiatrique, p. 20; *supra*, expertise p. 28). Il n'y a pas d'éléments apportés justifiant de retenir un défaut de capacité pour les effectuer. Pour ce qui est des tâches administratives, l'empêchement précité tient suffisamment compte de la situation et des difficultés de l'assurée; il peut être souscrit à l'appréciation de l'évaluatrice, étant souligné que l'assurée dispose à cet effet d'une curatrice.

- Lessives et entretien des vêtements: il est fait état d'un empêchement faible (25%) pour ce qui concerne les lessives, le triage du linge, etc., d'un élevé (75%) pour ce qui est du repassage, du pliage et du rangement du linge, et d'aucun empêchement pour le raccommodage et le nettoyage des chaussures.

L'empêchement total de 50% estimé par l'enquêtrice trouve son fondement notamment dans les indications que lui a fournies l'assurée, par exemple sur l'apprentissage grâce à l'ergothérapeute de faire seule sa lessive, et correspond à ce que l'expert-psychiatre avait apprécié (cf. *supra*, expertise p. 28). Il n'y a pas motif de s'en écarter.

- Soins aux enfants: s'agissant de ceux-ci, un empêchement modéré (50%) est pris en considération par l'enquêtrice; il n'y a pas d'autres proches à qui l'assurée donnerait des soins.

Il est souscrit à l'empêchement total de 50% retenu dans l'EEM. Il est conséquent et correspond à ce qu'apprécie par l'expert-psychiatre (cf. *supra*, expertise p. 28; ég. p. 20). Il reflète dûment et suffisamment les difficultés rencontrées par l'assurée pour se motiver, poser des règles aux enfants, etc. L'aide, non contestée mais ni quotidienne ni constante, apportée par différentes personnes, singulièrement par le mari, ne justifie pas d'augmenter encore cet empêchement, au contraire, sauf à retenir, ce qui n'est pas soutenu ni ne ressort du dossier, que l'assurée ne serait carrément pas en mesure d'exercer son droit de visite sur les enfants.

- Soins de l'extérieur de la maison, etc.: un empêchement modéré (50%) est pris en compte au chapitre du soin du jardin et de l'extérieur, un faible (25%) pour ce qui est de la nourriture et du soin aux animaux, pour un taux total de 38%.

Compte tenu du dossier, des indications données par l'assurée et de l'avis de l'expert-psychiatre (cf. *supra*, expertise p. 28), il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation.

5.5. Au vu du dossier et de ce qui précède, le degré d'invalidité total dans le ménage, de 34.1%, doit être confirmé. Compte tenu de celui de 50% dévolue à la part ménagère, le degré final d'invalidité dans cette part est bien de 17.1%.

6.

Pour le reste, aucun motif ne justifie de remettre en cause le calcul de l'OAI pour la rente de l'assurée, de celle de chaque enfant en découlant, et des rétroactifs de rentes ni n'est amené par la recourante. La Cour n'en discerne pas non plus.

7.

Il s'ensuit que le recours du 4 septembre 2025 (608 2025 128) doit être rejeté et les décisions du 24 juillet de la même année relatives à la rente de l'assurée et à celles de rente pour chaque enfant confirmées. De même en ira-t-il pour le recours (608 2025 165) du 29 septembre 2025 contre les décisions (rétroactifs) du 24 du même mois.

8.

La recourante a sollicité l'octroi de l'AJT (608 2025 129 et 608 2025 166).

8.1. Les conditions cumulatives d'indigence et de chance de succès du recours posées par l'art.142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) sont remplies. En particulier, il est relevé que l'assurée est au bénéfice de l'aide sociale et ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. L'AJT sera accordée; un défenseur d'office en la personne du mandataire choisi sera désigné à la recourante.

8.2. Le mandataire produit sa liste de frais le 23 février 2026.

Sur la base du tarif applicable (art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12), l'équitable indemnité à laquelle le mandataire aura droit sera fixée à CHF 1'912.30, soit CHF 1'740.- d'honoraires (9h40 à CHF 180.-/h) comme demandé, plus CHF 29.- de débours et CHF 143.30 au titre de la TVA à 8.1%. Ce montant sera à la charge de l'Etat de Fribourg.

8.3. La procédure n'est pas gratuite. Des frais, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils ne seront pas réclamés, du fait de l'AJT octroyée ce jour, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Les recours (608 2025 128 et 608 2025 165) sont rejetés.
- II. Les requêtes (608 2025 129 et 608 2025 166) d'assistance judiciaire gratuite totale sont admises et Me Jean-Michel Duc, avocat, est désigné en qualité de défenseur d'office.
- III. Il est alloué à Me Jean-Michel Duc, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité de CHF 1'912.30, dont CHF 143.30 au titre de la TVA (8.1%), à la charge de l'Etat de Fribourg.
- IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée.
- V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA).

Fribourg, le 27 mai 2026/djo

La Présidente

Le Greffier-rapporteur